

痴呆性高齢者への環境配慮

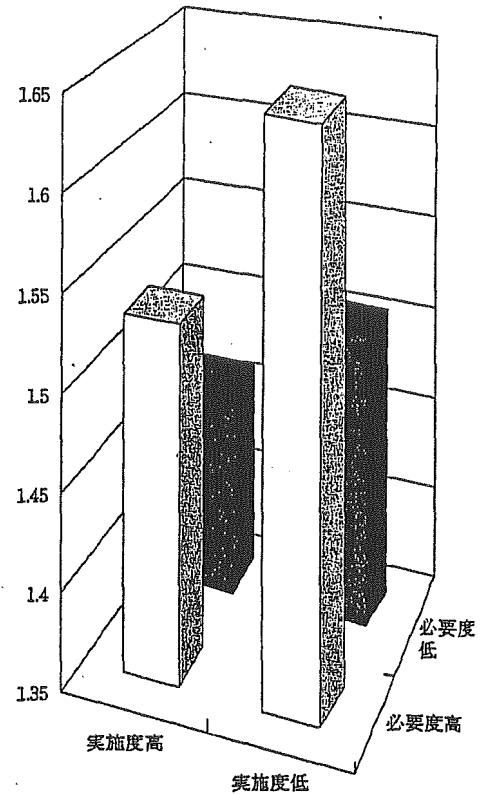
[6-10]

痴呆性高齢者環境配慮尺度

- 【1】 安全と安心への支援
利用者の安全を脅かすものを最小として、職員や家族の安心を高める環境的支援
- 【2】 見当識への支援
環境の物理的、社会的、時間的次元を利用者がわかりやすくするような環境的支援
- 【3】 機能的な能力への支援
排泄、入浴等日常生活動作や調理、買い物などを可能な限り自立に向けた環境的支援
- 【4】 環境における刺激の質と調整
視覚、聴覚、嗅覚、触覚への良質な刺激があり、これらが利用者のストレスや混乱を引き起こさないように調整されている程度
- 【5】 生活の継続性への支援
個人的な持ち物や慣れ親しんできたライフスタイルの継続と施設的でない家庭的な雰囲気環境の構築
- 【6】 プライバシーの確保
利用者のプライバシーを選択したり、調整できるような環境的支援
- 【7】 自己選択への支援
空間や設備、生活スケジュールについて、利用者の好みや欲求に合わせて選択できる程度
- 【8】 入居者との触れあいの促進
入居者のさまざまな接触と相互作用を支援する環境の整備

資料：潮谷有二・児玉桂子他：痴呆性高齢者環境配慮尺度の尺度化と有効性、平成11～12年度科学研究費補助金研究成果報告書、2001

[6-11] 「安全と安心への支援」実施度および必要度別身体的ストレス得点



資料：痴呆性高齢者環境配慮尺度の開発と有効性に関する長期的評価研究、平成11～12年度科学研究費補助金研究成果報告書、2001

6 痴呆性高齢者への環境配慮と職員のストレス

1) 痴呆性高齢者への環境配慮の次元

痴呆性高齢者には個別なケアと環境配慮が重要であり、北欧諸国では環境配慮の実践により痴呆症状の安定や緩和を実現している。アメリカでは痴呆性高齢者にふさわしい施設環境を評価する尺度として、Therapeutic Environmental Screening Scale (Sloane 他, 1990), Professional Environmental Assessment Protocol (Weisman 他, 1996), Nursing Unit Rating Scale (Grant, 1996) などが開発されてきた。

[6-9]はこれらを踏まえて開発された「痴呆性高齢者環境配慮尺度」であり、痴呆性高齢者に必要な環境の次元として、①安全と安心への支援、②見当識への支援、③機能的な能力への支援、④環境における刺激の質と調整、⑤生活の継続性への支援、⑥プライバシーの確保、⑦自己選択への支援、⑧触れあいの促進をあげている。記名力の低下や失見当識といった中核症状をもつ痴呆性高齢者には、従来のバリアフリーとは異なる上記のような視点の環境配慮が重要である。

2) 痴呆性高齢者への環境配慮と職員のストレス

特別養護老人ホームで痴呆性高齢者のケアに関わる職員に対し、上述した①～⑧次元合計50項目について、痴呆性高齢者への環境配慮の実施程度と必要度および職員のストレスの把握を行った。

痴呆性高齢者への環境配慮の実施度と必要度の関連は、どの次元においても高い必要度を指摘した施設では実施度も高く、必要度の指摘が低い施設では実施度も低いという両極化がみられ、環境配慮の推進には職員の意識が重要であることが明らかとなった。[6-10]のように、多くの次元において、痴呆性高齢者への環境配慮の必要性が高く指摘されながら、実施されていない場合に、職員のストレスが最も高い。痴呆性高齢者にふさわしい環境は、職員の介護業務にも良い影響を及ぼし、職員の心身ストレスを軽減する効果をもたらすことが明らかにされている。

参考文献

- 1) 潮谷有二・児玉桂子他：痴呆性高齢者環境配慮尺度の尺度化と有効性 (平成11～12年度科学研究費補助金研究成果報告書)、2001

(1-25)

65歳以上人口割合の大きい市町村・小さい市町村（上位10）：1995年

順位	65歳以上人口割合の大きい市町村				65歳以上人口割合の小さい市町村			
	市町村	(県名)	人口総数	老年人口割合(%)	市町村	(県名)	人口総数	老年人口割合(%)
1	東和町	(山口県)	5,775	47.43	浦安市	(千葉県)	123,654	5.69
2	紀和町	(三重県)	1,810	44.25	三郷市	(埼玉県)	133,600	6.53
3	関前村	(愛媛県)	1,009	44.20	鶴ヶ島市	(埼玉県)	66,208	6.84
4	芦川村	(山梨県)	651	43.01	長久手町	(愛知県)	38,490	7.25
5	羽須美村	(島根県)	2,304	41.28	小笠原村	(東京都)	2,809	7.26
6	早川町	(山梨県)	1,977	41.27	八潮市	(埼玉県)	75,322	7.47
7	作木村	(広島県)	2,067	41.07	浦添市	(沖縄県)	96,002	7.47
8	神石町	(広島県)	3,113	40.86	白井町	(千葉県)	47,450	7.50
9	池川町	(高知県)	2,641	40.48	大井町	(埼玉県)	39,604	7.53
10	大浦町	(鹿児島県)	3,236	39.89	戸田市	(埼玉県)	97,571	7.62

資料：総務省統計局「国勢調査」

(1-26)

65歳以上人口割合のレベル別市町村数：1990～2025年

レベル	1990年	1995年	2000年	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
総数	3,233	3,233	3,233	3,233	3,233	3,233	3,233	3,233
10%以下	302	123	30	14	14	14	13	20
10～14	792	515	369	179	84	52	49	43
15～19	1,309	866	623	641	464	200	139	119
20～24	609	1,006	892	764	831	680	473	446
25～29	176	478	723	790	836	856	801	710
30～34	38	172	376	482	562	728	734	682
35～39	6	64	144	225	264	402	532	572
40～44	1	8	55	88	111	182	284	336
45～49	0	1	18	33	43	76	116	169
50%以上	0	0	3	17	24	43	92	136

注) 市町村は1995年現在の領域による。東京都の特別区は1市として計算した。分母人口(総数)は、年齢不詳を除く。

資料：国勢調査情報研究センター「市区町村別将来推計人口」により作成。

9 市区町村別にみた高齢化

県レベルからより小さい行政単位である市町村別に人口高齢化の現状をみると、わが国の人口高齢化の進展が非常に多様な側面をもっていることを示している。1995年現在で人口高齢化が最も進んだ自治体は、山口県東和町で、人口総数の47.4%が65歳以上人口と全体の約半数が高齢者である。一方、最も老年人口割合が小さい自治体は、東京ディズニーランドがあることで知られる千葉県浦安市の5.7%で、18人に1人が高齢者である。両自治体の間にはおよそ42%もの差が生じている。

老年人口割合が上位にランクされる自治体は人口6,000人未満の地方の町村で、しかも西日本の自治体が多い傾向にある。このように市町村別にみた人口高齢化格差には東北日本型と西南日本型の人口高齢化があることをうかがわせている。これはちょうど家族が直系三世大家族が多い東北日本型と隠居制を伴う核家族が比較的多い西南日本型家族に符合しており、伝統的な文化形態の地域による違いが市町村別にみた人口高齢化の違いをもたらしているとも考えられる。すなわち、西南日本では郡部の町村の人びとは高齢者夫婦と若夫婦が別世帯に居住し、若夫婦は地方中心都市部に居住する傾向があるのではないかと考えられる。

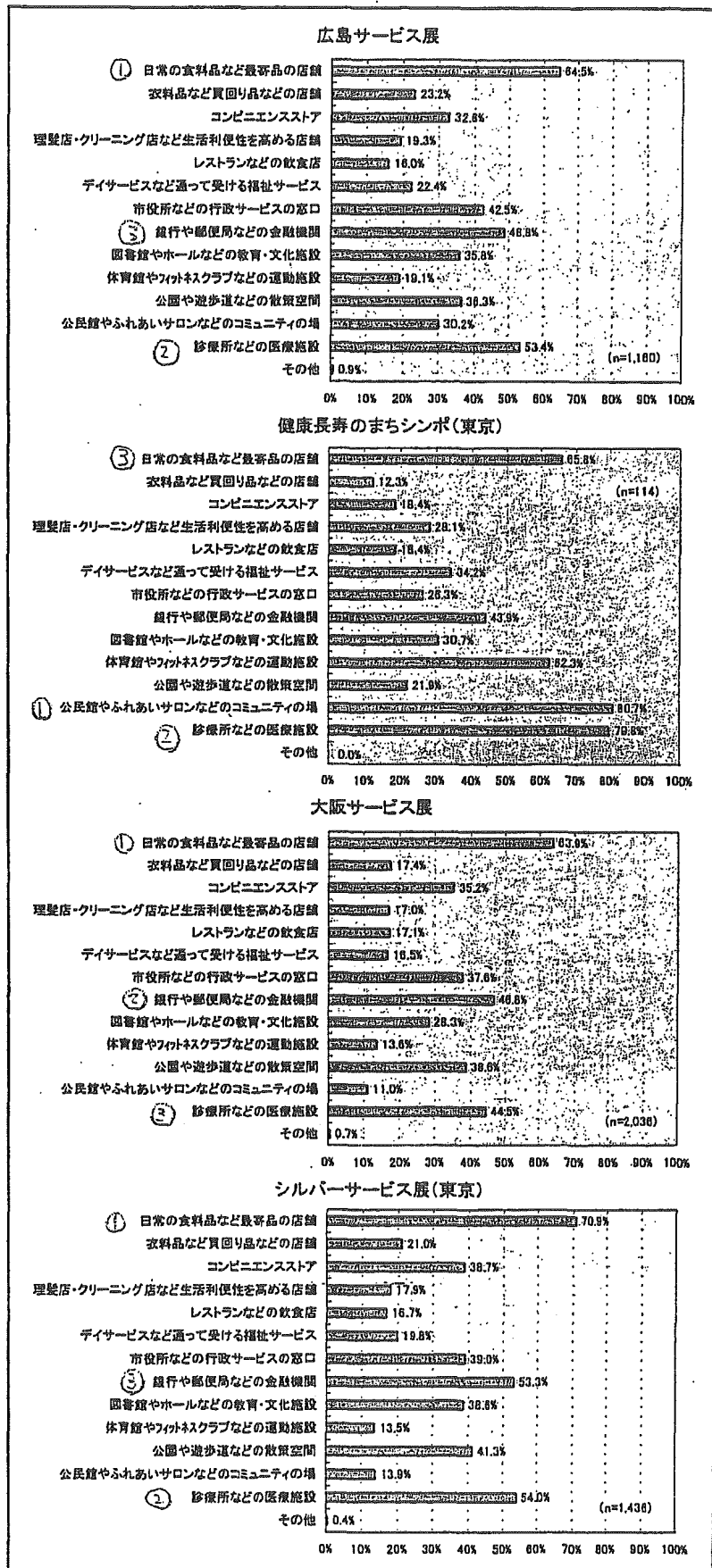
老年人口割合が小さい市町村の上位にランクされる自治体は人口規模がおしなべて大きく、しかもいくつか例外はあるもの東京周辺部にとくに多い。東京一極集中化と、人口移動によって東京に移り住んできた人びとが世帯形成期にさしかかるとともに、東京周辺部へ住宅を求め再び移動し、東京周辺部で比較的若い人口構造を生みだしている姿がうかがえる。東京都や大阪府の区部が上位にランクされていないことから、このような人口移動の実態が理解できよう。

1995年時点で3,233市町村のうち約3分の1が老年人口割合が20～24%の水準にあり最も多い。また50%を超える市町村は存在していない。しかし、今後いずれの市町村も高齢化し、50%以上の市町村は2000年には3地域出現し、2025年になると136地域となる。

大都市部周辺地域の高齢化の進展は、現在の段階ではいまだ低い水準にあるものの、いずれの自治体も人口密度の高い地域で、今後高密度社会における大規模な高齢化を経験することになる。

このように、地域の人口高齢化は地域的に多様性に富み、それら究極の課題は、地域社会に即した施策の推進であり、地域特性と実態を十分考慮した対策を考えていかななくてはならない。

図表 2-1-30 老後の生活で、家の周辺にあるとよいもの



利便商業施設, 医療施設, 交流の場

市民の中心市街地に対する意識

1. モデル地区における市民アンケート調査

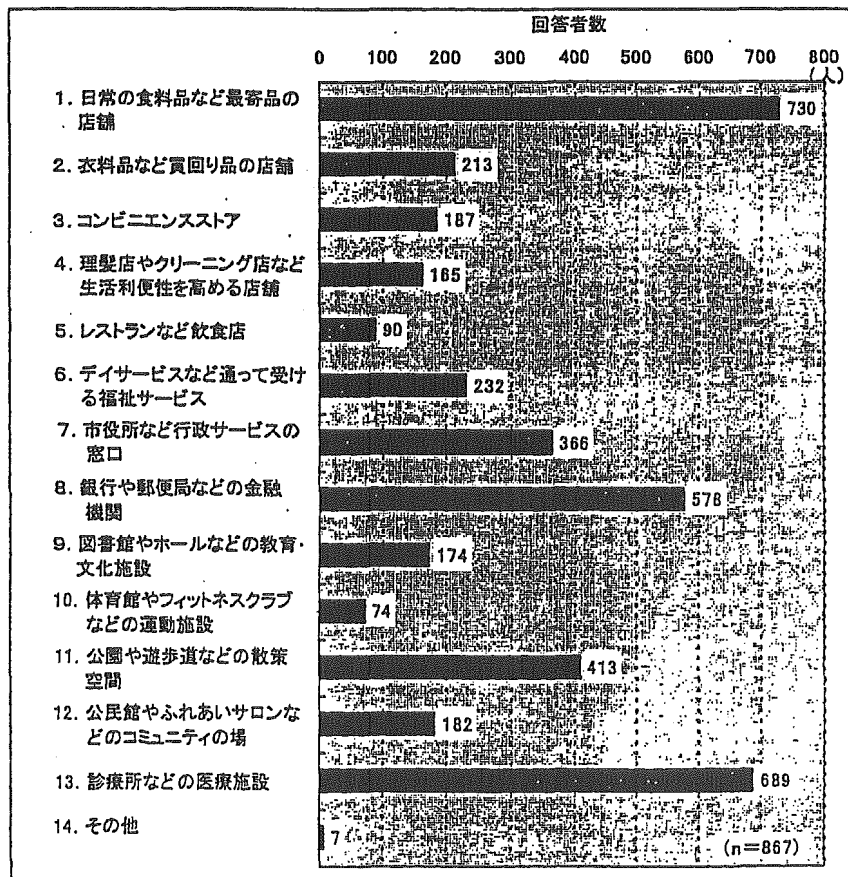
調査対象：	磐田市及び宇部市に居住する20歳以上の市民各1,000人
抽出方法：	地区ごとに人口比率により無作為抽出
調査実施方法：	郵送配布・郵送回収（無記名調査）
調査期間：	平成14年2月18日（月）～平成14年3月6日（水）
有効回収数：	磐田市 472件（有効回収率47.2%） 宇部市 437件（有効回収率43.7%）

調査結果 - 1)

⑧老後の暮らしで周辺に欲しい施設

それでは、老後の暮らしを考えた場合、どのような施設が周辺にあればよいと考えられているのであろうか。それについては、「1. 日常の食料品など最寄品の店舗」や「8. 銀行や郵便局などの金融機関」、「13. 診療所などの医療機関」などといった回答が多くなっている（図表2-1-21）。中心市街地が衰退したと言っても、郊外と比べると、まだまだそれらの集積は高いと言え、i-WAC計画による住みつけられるまちづくりを推進し、それらの施設をなお一層充実させ、人を中心市街地に呼び戻していくことは妥当性があると考えられる。

図表2-1-21 老後の生活で家の周辺にあるとよい施設（複数回答）



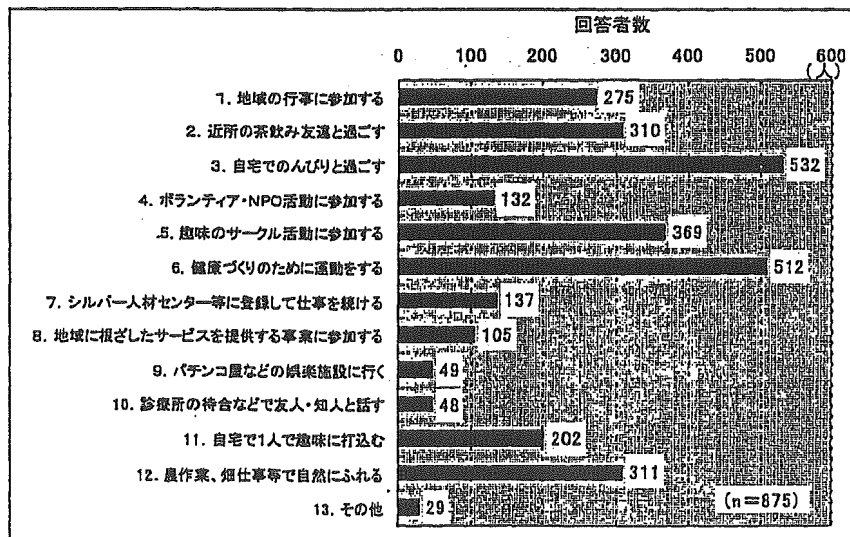
⑨老後のライフスタイル

老後は、どのようなライフスタイルが希望されているのであろうか。やはり、「3. 自宅でのんびりと過ごす」や「5. 趣味のサークル活動に参加する」、「6. 健康づくりのために運動をする」などといった回答が多くなっているが、「4. ボランティア・NPO活動に参加する」や「7. シルバー人材センター等に登録して仕事を続ける」、「8. 地域に根ざしたサービスを提供する事業に参加する」などといった、社会的な活動に参加する希望も少なからず存在する（図表2-1-22）。

年代別に見ると、「10. 診療所の待合などで友人・知人と話す」などといった、これまで高齢者の定番とされていた過ごし方が、今後高齢者となる60歳未満の世代では、60歳以上の高齢者と比較して、極端に少なくなっており、逆に、「4. ボランティア・NPO活動に参加する」や「7. シルバー人材センター等に登録して仕事を続ける」、「8. 地域に根ざしたサービスを提供する事業に参加する」といった回答が多くなっている（図表2-1-23）。

今後、診療所の待合などにかわる高齢者の日常生活の場として、こういった社会的な活動の場を提供することにより、高齢者をまちづくり活動に取り込んで行く可能性もあると考えられる。

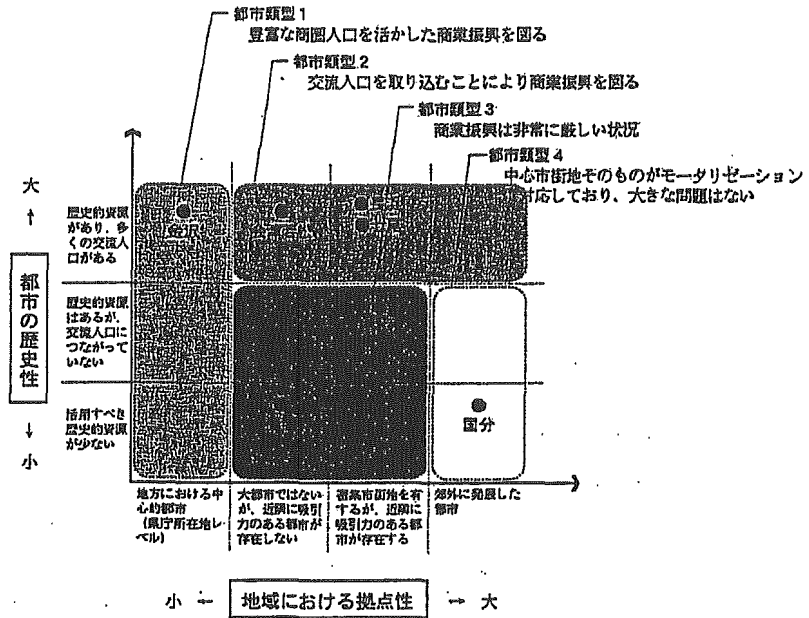
図表 2-1-22 老後の日常生活の希望（複数回答）



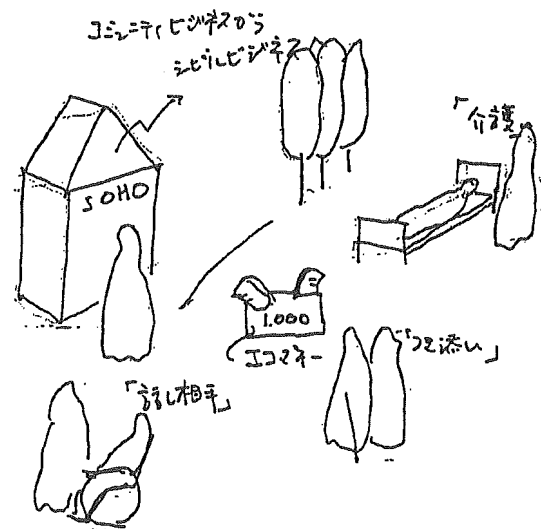
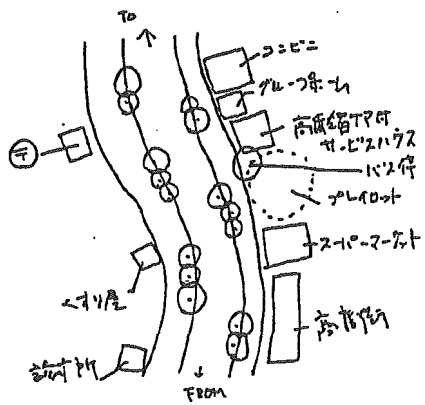
④

ケーススタディ(モデル都市)類型化

図表 4-2 都市特性に応じた商業振興方策の類型化



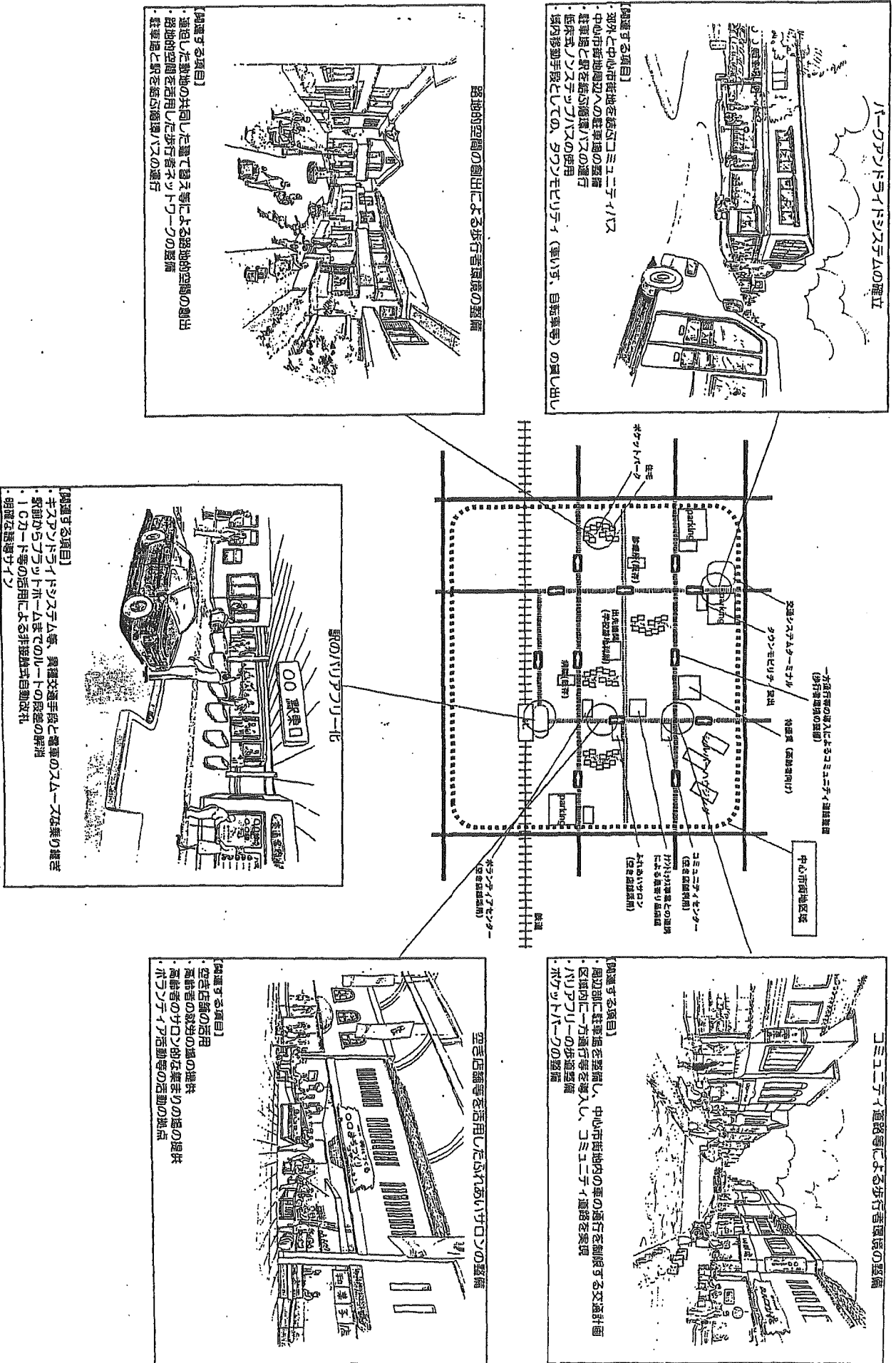
⑤



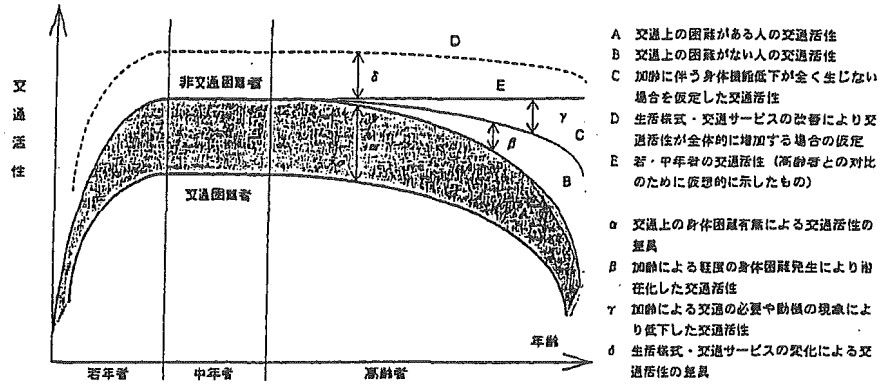
図表4-1 中心市街地活性化事例ヒアリング調査結果表

計画内容	七尾市(石川県)	金沢市(石川県)	全豪州市(徳島県)	二本松市(福島県)	鹿屋市(鹿児島県)	四万市(鹿児島県)	奥州市(岩手県)	
計画年度	H11.3.30	H10.11.5	H11.3.31	H11.6.1	H11.3.29	H11.7.19	H10.12.15	
地区概要	面積 9,004(18.8%) 人口(全市人口) 47,970(人) 高層化率※ 26.8-28.3%	面積 31,174(27.9%) 人口(全市人口) 454,385(人) 18.90%	面積 8,200ha 人口(全市人口) 28,482(2,319人) 4,406(15.6%)	面積 9,656ha 人口(全市人口) 118,900(人) 96,000(人) 81.5%	面積 3,900ha 人口(全市人口) 79,821(人) 4,000(5.0%)	面積 3,900ha 人口(全市人口) 1,800(43.6%)	面積 3,900ha 人口(全市人口) 50,051(人) 1,800(3.6%)	面積 3,900ha 人口(全市人口) 69,125(人) 56,790(人) 82%
計画内容	計画の背景 多岐にわたる 「住むべき場所」を確保すること 観光客・目玉向け 和室温泉客：年間120万人 食料市場客：年間91万人	計画の背景 多岐にわたる 「住むべき場所」を確保すること 観光客・目玉向け 和室温泉客：年間120万人 食料市場客：年間91万人	計画の背景 多岐にわたる 「住むべき場所」を確保すること 観光客・目玉向け 和室温泉客：年間120万人 食料市場客：年間91万人	計画の背景 多岐にわたる 「住むべき場所」を確保すること 観光客・目玉向け 和室温泉客：年間120万人 食料市場客：年間91万人	計画の背景 多岐にわたる 「住むべき場所」を確保すること 観光客・目玉向け 和室温泉客：年間120万人 食料市場客：年間91万人	計画の背景 多岐にわたる 「住むべき場所」を確保すること 観光客・目玉向け 和室温泉客：年間120万人 食料市場客：年間91万人	計画の背景 多岐にわたる 「住むべき場所」を確保すること 観光客・目玉向け 和室温泉客：年間120万人 食料市場客：年間91万人	
計画実施状況	まちづくり目標 観光客・目玉向け 和室温泉客：年間120万人 食料市場客：年間91万人	まちづくり目標 観光客・目玉向け 和室温泉客：年間120万人 食料市場客：年間91万人	まちづくり目標 観光客・目玉向け 和室温泉客：年間120万人 食料市場客：年間91万人	まちづくり目標 観光客・目玉向け 和室温泉客：年間120万人 食料市場客：年間91万人	まちづくり目標 観光客・目玉向け 和室温泉客：年間120万人 食料市場客：年間91万人	まちづくり目標 観光客・目玉向け 和室温泉客：年間120万人 食料市場客：年間91万人	まちづくり目標 観光客・目玉向け 和室温泉客：年間120万人 食料市場客：年間91万人	まちづくり目標 観光客・目玉向け 和室温泉客：年間120万人 食料市場客：年間91万人

図表 2-2 1-WAC計画による中心市街地の整備イメージ図



コミュニティバス



- A 交通上の困難がある人の交通活性
- B 交通上の困難がない人の交通活性
- C 加齢に伴う身体機能低下が全く生じない場合を仮定した交通活性
- D 生活様式・交通サービスの改善により交通活性が全体的に増加する場合の仮定
- E 若・中年者の交通活性（高齢者との対比のために仮想的に示したもの）
- α 交通上の身体困難有無による交通活性の差
- β 加齢による軽度の身体困難発生により低下した交通活性
- γ 加齢による交通の必要や動機の変化により低下した交通活性
- δ 生活様式・交通サービスの変化による交通活性の差

図-4 高齢者・障害者の交通需要¹⁾

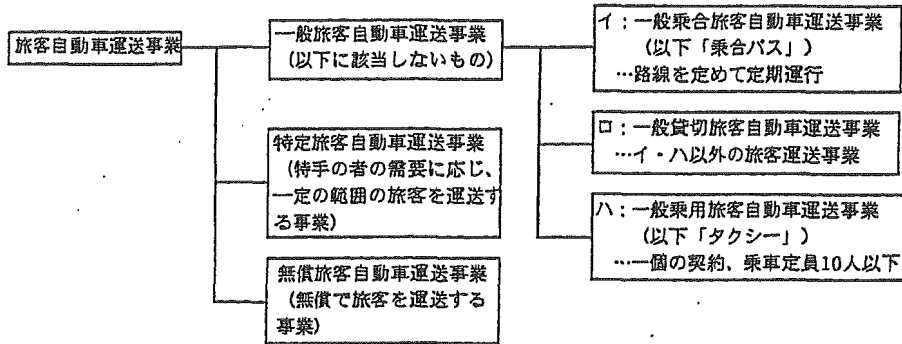


図-2 バス・タクシーの分類（道路運送法第3条）

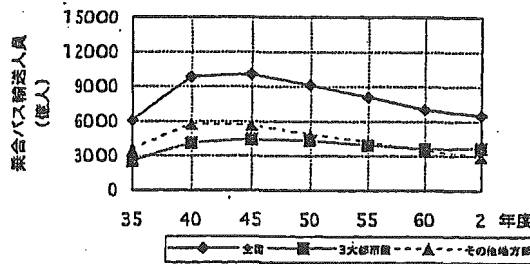


図-3 乗合バスの輸送人員

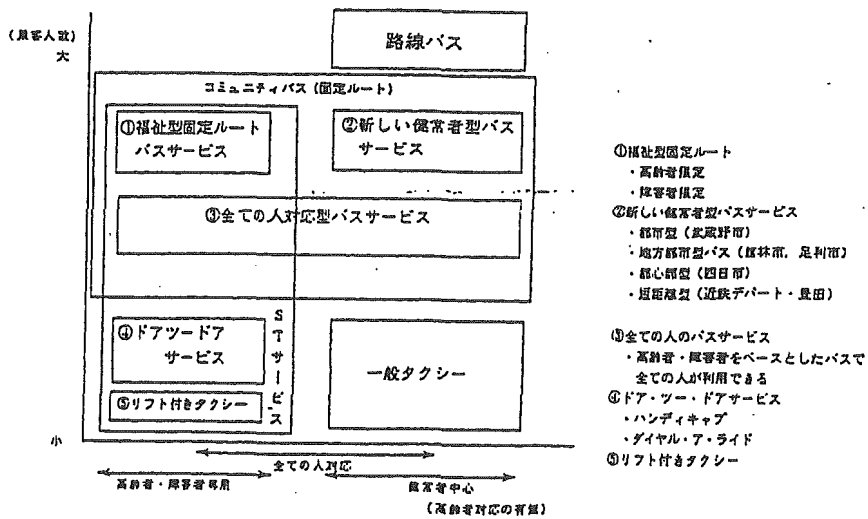
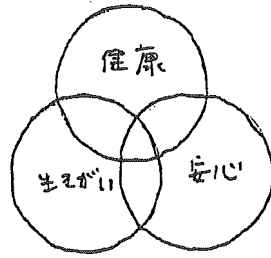


図-5 コミュニティバスの枠組み¹⁾

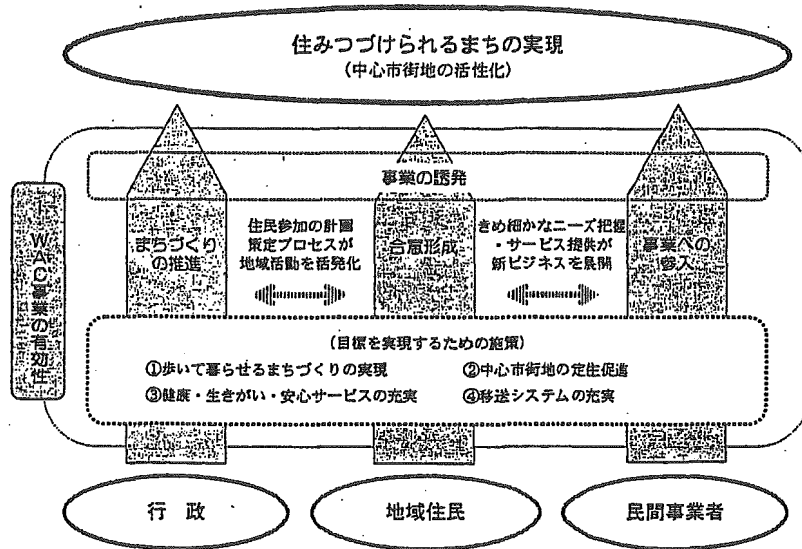
ドア・ツー・ドア交通システム, マストランジットとポラトランジット

基本理念

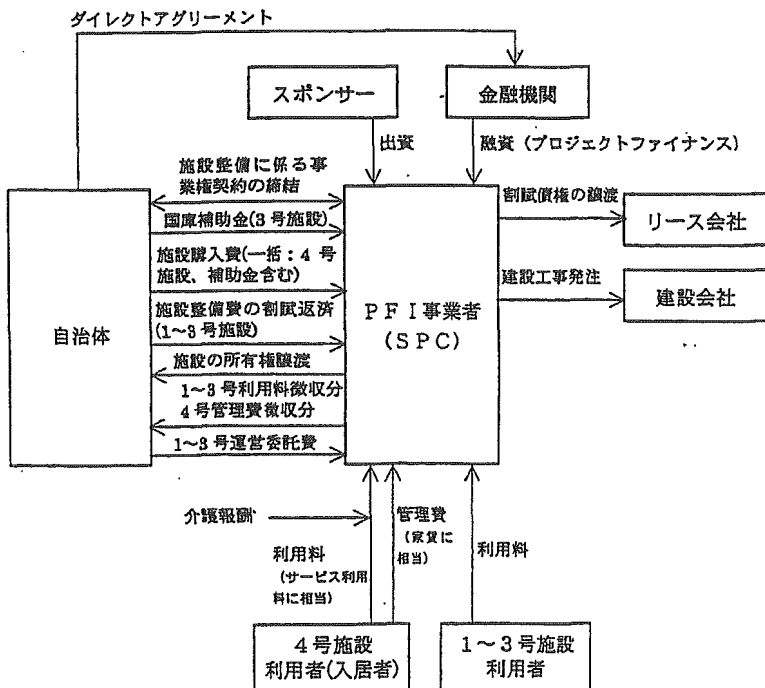


NEW-WACとPFI事業

図表 2-4-3 i-WAC事業の効果



図表 2-4-2 事業フレーム (案)



図表 2-4-1 PFI事業の範囲

施設名称	建設	所有	維持管理	運営
1号 健康増進・生涯スポーツ施設	PFI事業者	自治体	PFI事業者	PFI事業者
2号 生涯学習施設	PFI事業者	自治体	PFI事業者	PFI事業者
3号 デイサービスセンター	PFI事業者	自治体	PFI事業者	居宅サービス事業者(床賃貸)
4号 ケアハウス	PFI事業者	自治体	PFI事業者	PFI事業者
余剰容積部分	PFI事業者へのインセンティブと考える。			

土地：自治体所有地をPFI事業者に無償貸与
 ※太枠の範囲がPFI事業範囲

(4) 特定民間施設との関連性

「健康日本 21」では、健康は結局は個人に帰属する問題であるため、国民の健康水準に関する指標について目標値を設定し、具体的な施策については、基本方針にもあるように、「様々な関係者がそれぞれの特性を生かしつつ連携することにより、個人が健康づくりに取り組むための環境を整備」するものと述べるにとどまっている。つまり、計画の具体化については、地方計画を策定する地方自治体と、サービス提供者である関係機関・団体に委ねられている。

ここで特定民間施設との関連を考えると、「健康日本 21」で目標値の設定されている項目のうち、「①栄養・食生活」と在宅介護支援センター（3号施設）及び有料老人ホーム（4号施設）との関連、「②身体活動・運動」と疾病予防運動センター（1号施設）との関連、「③休養・こころの健康づくり」と高齢者総合福祉センター（4号施設）との関連が、それぞれ特に深いのではないかと考えられる。

例えば、「②身体活動・運動」に関する具体的な施策として、地方計画の中では、イベントの開催や学校施設の開放など、特定民間施設の活用を特に念頭においていない推進施策が検討されている場合が多いようである。しかしながら、特定民間施設においても、地域に密着した継続的なサービスの提供が可能であると同時に、設備・機器もそろっていることや、また個人に応じた運動プログラムの作成などソフト面も含めたサービスが提供できることから、より質の高い、総合的なサービスの実現が可能である言えよう。従って、「健康日本 21」の推進のために、特定民間施設も、サービス提供拠点のひとつとしての役割を担っていくことは、十分に可能であると思われる。

37. 第二次世界大戦以降の高齢社会と施設福祉変遷の概略

(概ね 20 年ごとに区分)

第一期：戦後の復興（昭和 20 年代）から戦後の落ち着きへ（昭和 30 年代半ば）

家族扶養が当たり前の社会／身よりの無い・経済困窮高齢者は社会が扶養。生活保護法（1946）、新生活保護法（1950）により公的依存が強くなり施設は社会との関係が希薄になる。どちらかといえば地域福祉に関する事業より、入所高齢者の最低生活の保障が優先。昭和 30 年に入り、地域社会との関係強化がいわれ始める。

昭和 20 年～29 年

伝染病の流行、生活困窮者の最低生活を保障する法律・施策→「生活保護法」（連合軍が強く求める）

家督相続制度・家制度から夫婦中心の単位で考える

「養老院」の名前が消えて「養老施設」となる

昭和 30 年～昭和 39 年

今ころから神武景気スタート。家族の構成が変化（夫婦のみ、単独高齢者増え始める）
もっとも大きなエポックは、老人福祉法の制定→私的扶養から公的扶養へ（家制度の崩壊も根底にある）

第二期：福祉体制確立への制定（昭和 38 年老人福祉法）から高度成長期（昭和 50 年代）を経て家族構成など社会の変容（昭和 50 年代半ば）、さらに施設整備の方向とシルバービジネスの参入

昭和 38 年老人福祉法の成立により福祉体制確立へ。本法は、高齢者の社会的地位や処遇について国家レベルで初めて規定。また、本法で高齢者の施設は、養護老人ホーム（経済的困窮高齢者）、特別養護老人ホーム（寝たきり）、軽費老人ホーム（家庭・住宅生活困難高齢者）の 3 つに分類される。

昭和 48 年のオイルショックにより高度成長時代に冷や水をかけられる。

昭和 60 年代に入り女性の進出など家族構成の変化など高齢社会へと変質

昭和 44 年 初の全国老人実態調査。高齢化率が 7 % を超える（昭和 45 年）。

オールド・オールドが増加すると指摘。定年制の延長も考慮。

昭和 46 年 高齢者福祉施設の不足が指摘され、「社会福祉施設緊急整備 5 カ年計画」がスタート

昭和 47 年 「恍惚の人」(有吉佐和子)が社会問題となる。

痴呆高齢者の家族介護が社会に問われ、誰が介護するのかが論議される。

昭和 50 年代になり高齢化が進む中で、老人医療費が増加し続け始める。

(「診察所待合はサロン」と批判の意見)

昭和 56 年 武蔵野方式発足(不動産を担保にした「福祉契約制度」)

昭和 57 年 老人保健法制定

第三期：高度経済成長(昭和 60 年代)からバブル経済を経て低成長へ(現在)

・人生 80 年時代と制度の整備

人生 80 年時代とはじまり(女性の平均寿命が 80 歳を超える)。

医療費抑制から福祉へと財源が移ってくる。5 : 4 : 1 から 5 : 3 : 2 へ

この時代は、高齢者保健福祉十カ年計画による介護量など目標設定から介護保険へ

1990 年代に入り痴呆性高齢者のケアが火急的課題に。グループホームが全国で作られ始め、2001 年現在全国で約 1,000 箇所になっている。

特別養護老人ホームは居住福祉型(新型特養)がスタート。新型ケアハウスにみられるように福祉の世界に民間参入の加速。

昭和 61 年 老人保健施設スタート

昭和 62 年 国家資格である社会福祉士・介護福祉士がスタート。

松寿園(東村山市)で火事、17 人が焼死。特養へのスプリンクラーの設置義務。

(社)シルバーサービス振興会発足

平成元年(1989) 「高齢者保健福祉推進十カ年戦略」(ゴールドプラン)

平成 2 年(1990) 広がる住民参加型福祉サービス

平成 6 年(1994) 高齢化率 14.1%

平成 7 年(1995) 阪神淡路大震災→都市型被害

平成 8 年(1996) 特養建設における汚職・スキャンダル

平成 9 年(1997) 介護保険法成立

38. 先進市町村事例

ここでは、医療・保健・福祉において先進的試みを実施している市町村をいくつかとりあげて参考とする。なお、ここに掲げている情報は平成9年から現在までの5年間であり、直近のデータとはいえないものも含まれている。

1. 秋田県鷹巣町……………現状を上回るサービス確保をめざして

本町の高齢者福祉に対する考え方は、デンマークにおける北欧型福祉を参考に、高齢者本人が望む限り在宅で暮らすことができることを理念とし、在宅ケアシステムや老人保健福祉施設などの整備を進めてきている。介護保険導入後の目標としては、介護保険が導入されてサービスが低下してしまうのでは、住民との信頼関係が崩れてしまうことになり、せっかくの住民参加型まちづくりが実現しなくなるので、現状を上回るサービスの確保をすること。

2. 長野県茅野市……………市民参加によるこれからの地域社会づくり

本市の高齢者福祉の特徴は、市民参加による福祉社会の創出をめざし、「茅野市の21世紀を創る会」を発足させ、従来の行政主導型から、市民が参加する協議型へと新しい形態の試みである。本市の介護保険に向けての取り組みは『福祉21茅野』と平成8年に2月に組織された『地域福祉活動計画策定委員会』の活動が主体で、専門部会によりさまざまな現場の声が反映され、市長が先頭に立って介護保険導入の推進を図っている。

3. 長崎県佐世保市……………市民の自己選択・自己決定による介護保険

本市は、保健・福祉部局の機能を一元化するなどの機構改革をし、市民本位の行政をめざし、庁内におけるコーディネーションが重要との認識に立ち、市民・関係団体・機関などと相互の連携が図れる柔軟な組織づくりを創出しようとしている。介護保険の特色としては、市民自らが保険料を払うことにより、受けられるサービスなどが自己選択・自己決定ができることと位置付けし、それが可能なシステムづくりが重要であり、そのような観点から「年後見制度」についても検討している。

4. 愛知県高浜市……………住みたくなるまち高浜をめざして

本市の将来都市像を「住みたくなるまち高浜」とし、「いきいき健康ビジョン」「市街地整形ビジョン」「やきものの里」の3つのビジョンを掲げ時間をかけ着実に実践してきている。

また、当該地域は地勢が平坦でそれほど広くないために、在宅サービスの提供において効率的なサービスの供給が可能となっている。本市は、介護保険の導入に向け、ほとんどやるべき準備を成し遂げている状況である。

5. 大阪市堺市……………行政は、サービスの提供者から保健福祉の地域経営者へ

介護保険導入のポイントは、1つ目は、公平・公正な要介護認定の実施。正確な要介護の認定は保険者としての責務である。2つ目は行政の役割の再検討、つまり従来、行政はサービス提供者であったが、今後は社会資源としてのサービス提供者を育成しつつ地域の保健・福祉に関して“望まれる調整役”になること。3つ目は、正確な需要量の測定とサービスの基盤整備にある。

6. 北海道空知中部広域連合…広域連合における会議や情報伝達はテレビ利用

広域連合での課題の1つとして、距離的に広範囲にわたるため、介護認定審査会の開催、各市町村の委員による会議の開催の移動等に時間がかかり効率が悪い。この問題の解決のために、通産省「地域総合情報化施設整備事業」を活用し、情報機器を利用したテレビ会議システムの検討がなされている。このように情報機器を活用することは重要であり、初期の目的である効率的運営が可能となる。

7. 兵庫県神戸市……………民間活力により、サービスの確保と多様化を図る

本市は従来から、行政と民間業者や住民が一体となってまちづくりに取り組んできており、福祉の分野においても同様に民間のもつ能力を積極的に活用することにより多様なニーズに対応していこうとしている。そのために、居宅サービスを提供する企業や施設に介護保険に関するテーマを設定して複数回の説明会を開催し、福祉に興味を示す民間業者のすそ野が広がったり、自主的組織として、民間業者による「神戸市シルバーサービス事業者連絡会」が設立されたりしている。

8. 滋賀県水口町……………在宅ケアシステムで、介護保険を支える

「寝たきり老人のいない町づくり」を目標に掲げて、着実に在宅ケアを整備させ成果を上げているのは、関係者の不断の努力と地区でのニーズの把握、意識啓発、疾病の早期発見、病気再発の予防、支援グループの育成など幅広く手がけてきた結果である。水口町の24時間在宅ケアは自治体としては全国で初めての試みであった。訪問看護はデンマークから学ん

だというのがシステムだけでなく「常に改革していく姿勢」も共に学んでいる。

9. 島根県と 59 市町村……………県は、市町村や関係者を支援し、つなぐ

本県では県下の半分以上は過疎の町村で構成されていることもあり県が指導的立場に立ち介護保険事務処理システム開発に取り組み、保険の具体的推進のために積極的に関与していく立場にある。一方、町村の独自性も盛り込まなければならない。人材や情報収集能力など必ずしも十分でない市町村への的確な情報提供や専門的知識による具体的な電算システムの構築、そのなかで市町村関係者を横につないでいくことなど県の果たすべき役割の大きさがうかがえる。

10. 東京都調布市……………市民の意見を反映される「プラットホーム」

本市は、「市民と専門家による 3 つの活動体」、「高齢者福祉・介護保険を推進するための協議体（通称プラットホーム）」、「行政」の 3 つの組織がそれぞれの役割を果たしながら、市民と事業者および行政が一体となって介護保険を含めた市の高齢者福祉を推進していく。すなわち、「プラットホーム」構想は、市民・関連団体などと行政が同じテーブルに座り、さまざまな議題について検討することで市民の意見が反映できるとしている。

11. 東京都三鷹市……………行政と市民の協働による計画づくりと新たな市民参加の試み

2001（平成 13）年に市基本構想をつくりその中に「市民と市によるパートナーシップ」をキーワードとする市民参加型まちづくりを模索した。白紙状態で市民の参加を呼びかけ 2 年半かけて「市民プラン 21」を策定した。まず、第一期市民組織の立ち上げ、第二期市民プランづくり、第三期市民 21 会議＋市民・市・市議会とのキャッチボールにより決定。その前段には 1970 年代のコミュニティカルテ、80 年代まちづくりプラン、90 年代ワークショップなどがある。

12. 埼玉県越谷市……………地区まちづくり推進計画による具体化

2000 年 9 月～01 年 1 月にかけて、地区まちづくり推進計画を 13 地区ごとに将来像をもとにアイデアや手法をまとめた。地区まちづくり推進計画を市職員・公民館長・自治担当者な

どでプロジェクトチームをつくり、全市コミュニティ推進協議会と共に策定した。まちづくりの対象や目的を明確するなかで、まちづくりの指標や事業指標も定めている。これは、地区からまちづくりを考えていこうとするものである。

13. 福岡県北九州市・・・・・・・・・・地域福祉計画の実務を考えた実践

北九州方式と呼ばれる小学校区、区（7区）、市レベルの3層構造を下から支援する方式である。市（保健福祉局や総合保健福祉センター等）が区レベルの保健福祉相談センターや区社協を支え、区が小学校区の市民福祉センターなど支える構造。例えば、区レベルでは保健婦とケースワーカーのペアで小学校区を担当して痴呆を地域で支える保健福祉活動等を実施。地域づくりの担い手やリーダーの育成、小学校区の核となるまちづくり協議会のあり方などが今後問題となると予想。

14. 長野県松本市・・・・・・・・・・町民福祉と新しい健康づくりを柱にまちづくり

地区ごとに福祉拠点を作ることを具体化しつつある。健康な高齢者の遊び場やふれあいの場として、地区福祉ひろばを小学校ごとに設置（26地区整備済み）。維持管理や運営費委託等は市が支援、町会長や民生委員、ボランティア等で組織される事業推進協議会、健康福祉21市民会議がこれらを支える。地域福祉システムの形成や意識の変化などみられる。さらに、健康づくりとして信州大学医学部と共に「松本市熟年体育大学」を開校、筋力トレーニングや生活習慣の改善などを行っている。モデル「いきいき健康ひろば」をスタート。

15. 千葉県松戸市・・・・・・・・・・政策評価の実践

市の事業を成果志向の評価するシステムを導入。アウトプットとしての目標値を掲げ、アウトカムとしてADL J 1の出現率の維持・遡減をめざす。2つのレベルである政策レベル（健康寿命）、施策レベル（生きがい感をもつ人の増加・80.3%以上、有訴率者18.5%目標、治癒・回復率76.7%など）を設定して実施。評価基準は1項目当たり+5～-5として点数加算により評価・検証する。今後は、総合計画（第2次実施計画）へとつながる。今後は「誰のために」「何のために」「何をするのか」「その検証は」などを明確にしていく。

16. 兵庫県宝塚市・・・・・・・・・・地域福祉計画140人委員会による計画づくり

地域展開の枠組みとして、市域を7ブロックにわけ地域創造会議をつくっている。140委員会全体会では7ブロック毎の計画内容を発表して情報の共有化を図っている。委員は20人

ずつ7ブロックに分かれ、結果として計画内容な様々である。140人委員会は3世代交流できるまちを目指し、児童・障害・高齢などとともに、人材、ハード面の整備、地域団体との連携などをうけている。今後は市民と行政の「協働」の考え方を地域福祉計画のなかにいかに組み込んでいくのが課題である。

39. 現在の都市・まちの抱えている課題と解決策の方向

人口流出による町村部の過疎地化と高齢化の進展

職場の少なさ、魅力の乏しさ

過疎地の在宅高齢者は昼間一人で過ごしている

→時空間を乗り越える IT で克服できるか

なんでもない町村部で魅力を創ることが出来るか

家庭の崩壊・家族の変質

女性の社会進出、核家族化、少子化、結婚しない若者達

→今後更に進む男女平等参画社会、年金改革、多様な保育所の整備、ワークシェアリング

高齢化に対する知識を教える所がない

高齢社会とは一体どういうものなのか

教育現場の貧困

高齢者に対する再教育

中規模都市の商店街の衰退

後を継がない次世代、高い地価と相続税、魅力のない商品配列

→地道なまちづくり興し運動、高齢社会に合わせた商店街の改造

大都市圏の高齢化対応の遅れ

とくに山の手老人クラブの遅れ

隣近所付き合いの薄さ

→バックグラウンドの違いが交流を阻んでいるのではないか

痴呆性高齢者の居場所のなさ

→小学校区毎のグループホームの整備

陰湿且つ不気味な事件・事故の増大

安全性の確保が危ぶまれている

→

家庭内事故の増大

→住宅構造の問題

多様なサービス提供拠点施設の少なさ

とくに健康高齢者の交流する場所

→従来の公民館や老人福祉センターでは話が合わない人が集まっている

続けていきづらい状況がある

リハビリが出来る場所が地域に少ない

移動可能な交通機関とバリアフリーデザイン

自由に歩き回れる都市空間づくりの大切さ

→多様な交通機関の整備、移送サービスの充実、電動カートによる実験、NPO による

移動機関事業

財源のない行政・元気がない民間企業

経済の停滞による元気の無さと次のことをやる余裕のなさ

→少しでも儲けが出るのなら参入したい企業

介護予防に軸をシフトしないと上がりつづける介護保険料

高齢者を如何にタックスペイヤーにできるか

日本版 PFI 方式の導入実現化

個人の健康を維持する為には都市空間は何が出来るのか

→新たな社会システムの創出、新たなサービス拠点施設の創造、社会での評価軸の変

更・変換、目標とする所の明確化と明示

長寿社会に向けての就労の場の確保

そして、福祉はまちづくりの核となり得るのか

参考となる事例

愛全会（北海道札幌市）

沢内村

鷹巣町（秋田県）

最上町（山形県）

諏訪中央病院を核とした施設群（長野県諏訪市）

伊丹サンシティ（大阪府伊丹市）

守口駅前開発（大阪府守口市）

やまなみセンター（滋賀県余呉市）

御調町（広島県御調町）

中間市ウエルパークヒルズ（福岡県中間市）

日本版サンシティ（福岡県甘木市）

沖縄おもと会（沖縄県那覇市）